



Titelthema Europa

Grenzen auf für die Gesu

Europa wächst immer mehr zusammen – nur zwischen den Gesundheitssystemen haben die nationalen Grenzen noch weitgehend Bestand. Hier zu neuen, patientenfreundlichen Regelungen zu kommen, dürfte die größte Herausforderung der deutschen EU-Ratspräsidentschaft sein, meint **Von Reinhard Busse.**

Die Grenzen der Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) sind durchlässiger für Arbeitnehmer, Produkte und Dienstleistungen. In vielen Bereichen beeinflussen Vorgaben aus Brüssel nationales Recht und Politik. Nicht so im Gesundheitswesen: Das ist weitestgehend Sache der Einzelstaaten. Daran hätte auch der Vertrag über eine Verfassung für Europa nichts geändert, wenn er, wie geplant, am 1. November dieses Jahres in Kraft getreten wäre: Die Verhandlungspartner hatten sich nicht dazu durchringen können, den „Gesundheits-Artikel“ 152 des Europäischen Gründungsvertrages substantiell zu ändern. Artikel 152 Absatz 5 schließt aus, dass die EU „im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung“ regulierend in die Gesundheitssysteme der Mitgliedsländer eingreift.

Foto: xxx



ndheit

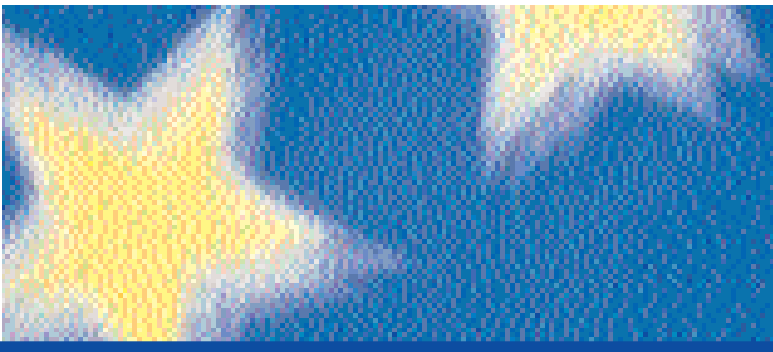
Luxemburger Richter bereiten den Weg. Nicht ausgeschlossen ist hingegen, dass Brüssel in die nationalen Gesundheitssysteme hineinwirken darf, wenn es um die Freiheiten des europäischen Binnenmarktes geht oder der Sozialschutz es erfordert (so etwa beim Thema Arbeitszeiten). Lange Zeit haben viele Akteure diese Option nicht gesehen, verdrängt oder verleugnet – sie interpretierten den Artikel 152 fälschlicherweise so, dass die Europäische Union bezüglich der Gesundheitswesen gar keine Kompetenzen habe. Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat die Politiker in Bezug auf das Thema Gesundheit wacherüttelt. 1998 ergingen die Kohll- und Decker-Urteile. Der EuGH hatte darin festgestellt, dass auch von den Sozialversicherungsträgern vergütete medizinische Dienstleistungen

und Waren grundsätzlich den Bestimmungen des Binnenmarktes unterliegen, daher frei gehandelt werden dürfen. Für die grenzüberschreitende Erstattung muss keine Genehmigung der Krankenkasse vorliegen. Nach den EuGH-Urteilen Geraets-Smits/Peerbooms sowie Vanbraekel von 2001 ließ sich die Illusion absoluter einzelstaatlicher Autonomie im Bereich Gesundheit nicht länger aufrechterhalten. Der EuGH bestätigte mit diesen Entscheidungen, dass die Kostenübernahme durch die Krankenkasse des Wohnstaats nicht nur von diesem selbst geregelt werden kann. So darf die Nichtübernahme der Kosten nicht willkürlich sein, sondern muss von internationaler Evidenz abgesichert sein – erwiesenermaßen wirksame Therapien dürfen also nicht vorenthalten werden. Zudem haben Patienten bei unangemessen langen Wartezeiten auch ohne vorherige Genehmigung einen Anspruch auf die Finanzierung ihrer Behandlung im Ausland.

Engagement für mehr Koordinierung. 2002 setzten die EU-Gesundheitsminister dann eine „Hochrangige Reflexionsgruppe zu Patientenmobilität und Gesundheitssystemen“ ein, um sich den bestehenden Problemen bei der europäischen Koordinierung im Bereich Gesundheit vorsichtig anzunähern. Ende 2003 legte diese Gruppe ihren Bericht vor. Wer einen Befreiungsschlag in Richtung auf mehr Kompetenzen für eine europäische Gesundheitspolitik erwartet hatte, sah sich jedoch enttäuscht.

Der Bericht der Reflexionsgruppe machte allerdings deutlich, welches Potenzial eine verstärkte europäische Zusammenarbeit bieten könnte. In ihrer Mitteilung vom 20. April 2004 legte die Kommission ihre Antwort auf den Reflexionsprozess dar und setzte ein weiteres Gremium ein: die „Hochrangige Gruppe für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung“. Sie nahm im Juli 2004 ihre Arbeit in folgenden sieben Bereichen auf: grenzüberschreitende Erbringung und Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, Leistungserbringer im Gesundheitswesen, Referenzzentren, Technologiefolgenabschätzung im Gesundheitswesen, Information und Gesundheitstelematik, Health Impact Assessment und Gesundheitssysteme sowie Patientensicherheit. Die „Hochrangige Gruppe“ hat auch an weiteren Arbeiten mitgewirkt, die für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung von Bedeutung sind, wie beispielsweise an der Offenen Methode der Koordinierung (OMK) für die gesundheitliche Versorgung und die Langzeitpflege. Die OMK wurde auf Bitten des Europäischen Rats (also der Staats- und Regierungschefs) im Juni 2001 gestartet. Bei der OMK handelt es sich um einen Prozess, in dem die EU-Staaten gemeinsame Ziele und Leitlinien sowie entsprechende Indikatoren festlegen. Der Weg zum Ziel bleibt den Mitgliedstaaten überlassen. Aber sie müssen die Zielerreichung an sich beziehungsweise den Fortschritt in Bezug auf die ausgewählten Indikatoren regelmäßig darlegen und von der Kommission und den anderen Mitgliedstaaten bewerten lassen.

Gesundheitsindikatoren festgelegt. Die Oberhoheit bei der OMK hat die Generaldirektion (GD) „Beschäftigung und soziale Angelegenheiten“ der Europäischen Kommission. Die



Für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung brauchen Europas Bürger Rechtssicherheit.

Generaldirektion Beschäftigung legte im Dezember 2001 einen Entwurf zur OMK vor, dessen Ziele allerdings inhaltlich und methodisch noch nicht überzeugten. Eine zweite Version folgte im April 2004. Bereits im Mai 2003 hatte die Kommission außerdem vorgeschlagen, die OMK für Gesundheit mit den OMK-Prozessen für soziale Eingliederung und Altersvorsorge zusammenzulegen („zu straffen“). Dieser Vorschlag wurde im April 2004 konkretisiert und zur Stellungnahme an die Mitgliedstaaten weitergeleitet. Obwohl Deutschland sich skeptisch äußerte (insbesondere zur Anwendbarkeit von Indikatoren), wurde die gestraffte OMK mit Mitteilung vom Dezember 2005 eingeführt. Seit Mai 2006 liegt auch eine Vorschlagsliste für Indikatoren vor. Diese reichen von der gesunden Lebenserwartung von Männern und Frauen bei Geburt über unerfüllten Bedarf nach Gesundheitsleistungen aufgrund von finanziellen oder organisatorischen Schwierigkeiten (beispielsweise aufgrund von Wartelisten) bis hin zum Prozentsatz der Bevölkerung ohne Krankenversicherungsschutz.

Die GD Beschäftigung zeichnet zudem für die Modernisierung der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit verantwortlich. Die im April 2004 erlassene Verordnung 883/2004 ersetzte die Verordnung 1408/71, die unter anderem die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung bei kurz- und langfristigen Aufenthalten im EU-Ausland regelte. Mit der Neuregelung entfiel die Bestimmung, dass Leistungen im Ausland quasi nur bis zur schnellstmöglichen Heimreise bereitzustellen seien. Jetzt muss die beabsichtigte Aufenthaltsdauer mit berücksichtigt werden (so zum Beispiel bei Studierenden, die ein Jahr bleiben wollen).

Arzneimittelzulassung teilweise zentralisiert. Auch die Generaldirektion „Industrie und Unternehmen“, unter anderem für den freien Warenverkehr im Binnenmarkt zuständig, war hinsichtlich der Gesundheitssysteme aktiv. Sie schlug 2001 eine Reform der EU-Rechtsvorschriften für Arzneimittel vor, unter anderem um das zentralisierte Zulassungsverfahren für Arzneimittel durch die EMEA (European Medicines Agency) deutlich auszuweiten. Zudem wurde in dem Jahr die „G10-Arzneimittelgruppe“ eingesetzt, in der auch Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt mitarbeitete. Diese Gruppe legte im Februar 2002 ihren Abschlussbericht zu Innovationen, Patienteninformationen und Arzneimittelmarkt vor. Darin wurde beispielsweise eine deutliche Liberalisierung des Marktes für rezeptfreie Arzneimittel empfohlen – Deutschland setzte diese Empfehlung bereits im folgenden Jahr im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes um. Seit 2004 greift außerdem die Reform der Arzneimittelzulassung: Seither müssen zum Beispiel alle neuen Krebs- und Diabetesmedikamente zentral von der EMEA zugelassen werden.

Dienstleistungsrichtlinie in der Kritik. Im Jahr 2003 ging die Generaldirektion „Binnenmarkt und Dienstleistungen“ bei der Vorstellung ihrer Binnenmarktstrategie in die Offensive: Medizinische und pflegerische Dienstleistungen seien integraler Teil des Binnenmarktes, und die Europäische Union müsse deshalb auch in diesem Bereich für größere Freizügigkeit sorgen. Der Entwurf einer Dienstleistungsrichtlinie schloss daher nicht nur beispielsweise das Handwerk und die Müllab-

Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung: Die Kommission fragt nach

Die Europäische Kommission will bei den Gesundheitsdienstleistungen Rechtssicherheit erreichen und die EU-Mitgliedstaaten in Bereichen unterstützen, in denen „ein europäisches Vorgehen einen Mehrwert im Vergleich zu einzelstaatlichen Maßnahmen im Gesundheitswesen erbringen kann“. Die Kommission hat im September 2006 neun Fragen veröffentlicht, mit denen sie im Vorfeld neuer Regelungen eine öffentliche Konsultation einleitet. Politiker, Verbände und Bürger der Mitgliedstaaten können noch **bis 31. Januar 2007** unter health-services-consultation@ec.europa.eu auf diese Fragen antworten.

Auszug aus dem Fragenkatalog:

- Welche Auswirkungen (...) hat die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung derzeit auf Zugänglichkeit, Qualität und finanzielle Nachhaltigkeit der Systeme der gesundheitlichen Versorgung (...)?
- Welche speziellen rechtlichen Klarstellungen und welche praktischen Informationen werden von wem benötigt (...), um eine sichere, qualitativ hochwertige und effiziente grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu ermöglichen?

- Wer sollte dafür zuständig sein, die Sicherheit bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu gewährleisten? Wie sollten Rechtsmittel für Patienten sichergestellt werden, die Schaden erleiden?
- Welche Maßnahme ist notwendig, um sicherzustellen, dass die Behandlung von Patienten aus anderen Mitgliedstaaten mit der Bereitstellung ausgewogener ambulanter und stationärer Versorgung für alle vereinbar ist (...)?
- Welche Instrumente wären geeignet, um die verschiedenen Fragen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen auf EU-Ebene anzugehen?
- Welche Fragen sollten durch gemeinschaftliche Rechtsvorschriften und welche durch nichtlegislative Mittel geregelt werden?

Das vollständige Dokument (deutsch) ist unter http://ec.europa.eu/health/index_de.htm, Buttons „Übersicht der Gesundheitspolitik“ -> „Zusammenarbeit mit den Mitgliedsstaaten“ -> „Patientenmobilität und Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung“ im Internet abrufbar.

fuhr ein, sondern eben auch Gesundheits- und Sozialdienstleistungen. Damit sollte auch für zeitweise im EU-Ausland agierende Gesundheitsdienstleister das Herkunftslands-Prinzip gelten – das heißt, die Dienstleister sollten grundsätzlich nur den Gesetzen des Landes unterliegen, in denen sie niedergelassen sind. Das weckte bei vielen Ängste: So erwarteten Kritiker der Richtlinie beispielsweise, dass Krankenhäuser, die zu Konzernen mit Sitz in einem anderen EU-Staat gehören, die nationalen Standards unterlaufen könnten und dass Ärzte und Pfleger in Massen aus neuen Mitgliedstaaten in die alten ziehen würden.

Das Gesundheitswesen wurde schließlich aus der Dienstleistungsrichtlinie gestrichen. Damit gab Brüssel einer „großen Koalition“ nach, die sich zusammensetzte aus grundsätzlichen Gegnern eines größeren EU-Einflusses auf die Gesundheitssysteme und Politikern, die zwar die Notwendigkeit einer stärkeren Koordinierung oder gar Harmonisierung sehen, die aber in diesem Fall die spezifischen Belange der Gesundheitssysteme nicht genügend berücksichtigt sahen. Dazu zählt insbesondere die Schwierigkeit, dass die Zahler für Gesundheitsleistungen zumeist nicht Privatpersonen sind (wie etwa bei Leistungen von Handwerkern), sondern öffentliche Institutionen, die in immer aufwändigeren Verfahren zur Technologiebewertung entscheiden, welche Leistungen überhaupt vergütet werden, und wenn ja, zu welchem Preis.

Klärungsbedarf hinsichtlich Qualität und Haftung. Da aber die Dienstleistungsrichtlinie nicht für die Gesundheitsversorgung gilt, ergibt sich eine Reihe von Fragen: Welches Recht soll gelten, wenn beispielsweise ein polnischer Staatsbürger aus dem Grenzgebiet sich zum Einkaufen in Frankfurt an der Oder aufhält und dringend ärztlicher Hilfe bedarf? Soll die Antwort anders ausfallen, wenn sich ein polnischer Bürger dauerhaft einen Hausarzt in Frankfurt an der Oder suchen möchte? Und was gilt, wenn dieser Arzt einen Hausbesuch im Heimatort des Patienten macht? Welche Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gelten? Haftet der Leistungserbringer auch über die Grenze hinweg?

Nun wird mancher einwenden, dass solche Beispiele konstruiert klingen und sehr selten seien. Aber wir wissen nicht, wie häufig solche Fälle wirklich sind. Die Datenerhebungen in den Mitgliedstaaten, sofern sie überhaupt stattfinden, beruhen alle auf unterschiedlichen Kriterien und Zählweisen und sind nicht aussagekräftig. So berichtet das irische Gesundheitsministerium über genau einen (!) Patienten aus einem anderen EU-Land in den vergangenen Jahren. Für Österreich variieren die Angaben zwischen Ministerium und Hauptverband der Sozialversicherungsträger um den Faktor 100. Und selbst wenn diese Fälle zurzeit tatsächlich selten sein sollten, heißt dies nicht, dass die Bürger einen grenzüberschreitenden Austausch von Gesundheitsdienstleistungen nicht wünschen – vielleicht verzichten sie nur aufgrund der unklaren Rechtslage darauf. Entsprechende Umfragen deuten tatsächlich auf ein höheres Interesse an grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung hin. Zudem haben EU-Bürger auch, wenn die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung selten sein sollte, einen Anspruch auf Rechtssicherheit.

Führung in der Europäischen Gesundheitspolitik. Nachdem die Gesundheitsversorgung aus der Dienstleistungsrichtlinie herausgenommen wurde, ist der Druck auf die GD Gesundheit enorm gestiegen, nunmehr einen spezifischen Vorschlag für diesen Bereich zu unterbreiten – und letztendlich auch die Führung in der EU-Gesundheitspolitik zu übernehmen. Da die Meinungen zur Frage, wie weit der Einfluss der EU auf die Gesundheitspolitik gehen soll, aber immer noch weit auseinander gehen, hat die Kommission im September 2006 zunächst eine Mitteilung vorgelegt, in der sie neun Fragen an Mitgliedstaaten, Verbände und Bürger stellt (*siehe Kasten „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung: Die Kommission fragt nach“*). Darin äußert sie, dass Rechtssicherheit am besten durch ein europaweit verbindliches Rechtsinstrument erzielt würde. Die legislativen Instrumente der EU bestehen aus Verordnungen (mit direkter Wirkung) und Richtlinien (die von den Mitgliedstaaten jeweils in nationales Recht überführt werden müssen). Eine entsprechende Grundlage könnte der Artikel 95 des Europäischen Gründungsvertrages bilden. Er regelt den Prozess zum Erlass von den Binnenmarkt betreffenden Verordnungen, und ist bereits beispielsweise bei Arzneimitteln, Medizinprodukten oder der freiwilligen Krankenversicherung angewandt worden.

Eine Kommissionsauslegung oder andere nichtlegislative Optionen, wie die praktische Zusammenarbeit in der „Hochrangigen Gruppe für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung“, werden dagegen wohl keinen praktischen Fortschritt bringen. Auch die OMK kann nur die Agenda der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten voranbringen, aber keine Rechtssicherheit schaffen. Die Diskussion über den weiteren Weg der europäischen Gesundheitspolitik wird in die Zeit der deutschen EU-Ratspräsidentschaft im ersten Halbjahr 2007 fallen. Für genug Gesprächs- und Konfliktstoff ist damit gesorgt. Ob wir Ende Juni bereits eine Lösung gefunden haben, darf nach den Erfahrungen der letzten Jahre allerdings bezweifelt werden – obwohl es den Bürgern zu wünschen wäre. ■

Professor Dr. Reinhard Busse leitet das Fachgebiet Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin.

Kontakt: mig@tu-berlin.de

Lese- und Webtipps

- Busse, R. (2002): Anwendung der „offenen Methode der Koordinierung“ auf die europäischen Gesundheitssysteme. G+G-Wissenschaft 2(2): 7–14
- Busse, R. (2004): Europäische Union – Neue Verfassung, neue Sozialpolitik? G+G 7(2): 34–40
- http://ec.europa.eu/health/index_de.htm: Homepage der Europäischen Kommission, Generaldirektion „Gesundheit und Verbraucherschutz“ mit deutschen Texten, aber meist englischen Dokumenten und Daten (z.B. gesundheitspolitische Strategie, Eurobarometer-Ergebnisse)
- http://ec.europa.eu/employment_social/index_de.html: Homepage der Generaldirektion „Beschäftigung und soziale Angelegenheiten“ (Dokumente zur offenen Methode der Koordinierung oder der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit)
- http://europa.eu/abc/eurojargon/index_de.htm: umfassender, nützlicher Sprachführer für den EU-Jargon